

**Жепко В.П.,**  
*студентка відділення бакалаврату*  
*Житомирського інституту медсестринства*  
**Свирідюк В.З.,**  
*доктор медичних наук, професор кафедри*  
*«Сестринська справа і акушерство»*  
*Житомирського інституту медсестринства*

### **Особливості посттравматичних стресових розладів у медичних сестер**

**Вступ.** В останні роки на тлі соціальної нестабільності, громадських заворушень, сепаратизму, тероризму, іноземного військовою втручання, анексії Криму та окупації частини території на сході України, а також аварій, занедбаності і насилля, що трапляються на загальнодержавному та локальному рівнях, широкою розповсюдження стрімко набуває посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), який перетворився на одну з визначальних детермінант психічного здоров'я населення загалом і медичних працівників зокрема [3, с.6; 10, с. 3].

**Мета дослідження** — виявити типові прояви та характерні особливості посттравматичного стресового розладу у медичних сестер.

Для досягнення мети використано медико-соціологічне дослідження (анкетування) за допомогою опитувальника соціальної фрустрованості Л.І.Васермана та опитувальника самооцінки посттравматичного стресового розладу (Self-Rating Inventory for Post-traumatik Stress Disorder, SRIP), який складається з 22 пунктів на основі визначень симптомів у DSM—IV з використанням чотиризначної шкали інтенсивності [2, с.436; 9, с.12].

Опитано 120 осіб жіночої статі різного віку, серед них: 30 студенток 1-го курсу відділення «Сестринська справа», 30 медичних сестер-бакалаврів, 30 магістрів медсестринства Житомирського інституту медсестринства, 30 практикуючих сімейних медичних сестер Житомирської області.

Статистичну обробку результатів досліджень здійснювали методами варіаційної статистики, реалізованими стандартними пакетами прикладних програм статистики: Excel for Windows Professional та Statistica 6.0 [1, с.57].

**Результати та їх обговорення.** Психологічна травма - це емоційно болючий, шокуючий, стресовий досвід, який іноді створює загрозу для життя . Він може включати завдання фізичної травми, а може відбуватися і без неї. Згідно більш формалізованого підходу, психологічна травма - це унікальне індивідуальне переживання певної події чи тривалих обставин, за яких здатність особи інтегрувати емоційні переживання виявляється недостатньою [4, с.6; 9, с. 8; 10, с.12].

Для людини природно відчувати страх у ситуації небезпеки. Цей страх запускає в організмі миттєві зміни, щоб підготуватися до захисту від небезпеки чи уникнути її. Така реакція опору чи втечі є адекватною, бо має на меті захистити особу від шкоди. Однак при ПТСР захисна реакція деформується і натомість людина переживає її змінену форму. Хворі, в яких сформувався ПТСР, або в яких він розвивається, відчують страх і переживають стрес, навіть коли небезпека вже минула. ПТСР розвивається після жакливого травматичного випробування, під час якого людина зазнала фізичної чи психічної шкоди, відчувала загрозу того чи другого та/або була свідком такої події. ПТСР може формуватися в особи, яка сама зазнала школи, в якій шкоди зазнав друг, кохана людина, або яка була свідком завдання шкоди близьким чи незнайомим. Проблема ПТСР вперше опинилася в полі суспільної уваги завдяки засобам масової інформації, які висвітлювали проблеми ветеранів війни та збільшення кількості самогубств. Однак, цей розлад може витікати внаслідок великої кількості різних травматичних випадків, у тому числі вуличного пограбування, зґвалтування, тортур, викрадення чи потрапляння в полон, жорстокого поводження з дитиною, дорожньо- транспортної пригоди, аварії на залізничному транспорті, падіння літака,

бомбардування та стихійних лих, наприклад повеней чи землетрусів [4, с. 16; 5, с. 4; 6, с.2].

До групи ризику належать особи, які раніше пережили травму, були жертвами насилля чи насильницького злочину, наприклад, фізичного чи сексуального нападу, сексуальної експлуатації, масових безладів [5, с. 10; 8, с. 4].

Основні групи ризику ПТСР [5, с. 10; 8, с. 4].

1. Переживання небезпечних подій, травм, аварій та природних катаклізмів.
2. Присутність у ситуації, коли люди зазнають ушкодження чи гинуть.
3. Переживання стресу після виняткової особистої події, наприклад втрати близької людини, болю та фізичної травми або втрати домівки чи роботи.
4. Психопатологічний анамнез в родині
7. Особистий анамнез психічної хвороби.
8. Уявна загроза для життя.
9. Уявна відсутність підтримки.
10. Низький рівень доходів.
11. Дитячий і підлітковий вік.
12. Біженці, жертви війни, тортур, санкціонованого державою насилля чи тероризму. [5, с. 10; 6. с. 3; 7, с. 9; 8, с. 4]].

Навмисні дії міжособистісною насилля, зокрема сексуального, та військові дії, з більшою ймовірністю призводять до ПТСР, ніж аварії чи стихійні лиха [5, с. 12; 8, с. 16]. Представниці жіночої статі становлять категорію підвищеного ризику. Для них ймовірність ПТСР удвічі вища, ніж для чоловіків [5, с. 13; 8, с. 15].

Нині ПТСР мають 7,7 млн. американців у віковій категорії від 18 років (Американська асоціація тривожних і депресивних розладів. 2015). З'ясувалося, що серед тих, хто зазнав чи був свідком масового насильства ПТСР виникав у 67% [9. с. 17].

Нами встановлено, що у переважної більшості опитаних (68,4% випадків) наявні значні прояви соціальної фрустрованості (в межах від 40 до 60 балів), особливо за такими категоріями як: «Матеріальне становище», «Обстановка в суспільстві (в державі)». «Задоволеність своєю освітою». «Задоволеність обраною професією», «Задоволеність роботою», «Можливість вибору місця роботи», «Задоволеність медичним обслуговуванням».

Незважаючи на те, що медичні сестри відносяться до групи ризику, зокрема їхня робота пов'язана зі смертю хворих та всім, що з цим пов'язано (агонія, клінічна смерть, реанімація, біологічна смерть, роздівання і маркування трупа, транспортування померлих до моргу тощо); незважаючи на деформацію естетичних смаків (постійний контакт з кров'ю, сечею, калом, блювотинням, харкотинням, патологічними відділеннями з порожнин організму запального характеру, гнійними ранами, виразками, гнояками, висипкою на шкірі, які мають огидний запах і відворотний вигляд); незважаючи на контакт з тими фізіологічними відправленнями, які здорова людина зазвичай приховує від сторонніх (зміна натільної білизни, підмивання статевих органів, клізми, катетеризація сечового міхура, промивання піхви тощо); незважаючи на постійний ризик для власного здоров'я (контакт з інфекційними хворими, утому числі, ризик інфікування смертельними парентеральними вірусними інфекціями: ВІЛ/СНІДом, гепатитами В і С, Torch-інфекціями тощо), незважаючи на все вище перераховане, у жодній з опитаних медичних сестер не виявлено у медичній документації (амбулаторних картках та історіях хвороби) не лише діагнозу, але й згадки про ПТСР, хоча деякі характерні симптоми (реакції) поодинокі та в різних комбінаціях спостерігалися нами у третини (32,8%

випадків) опитаних. Жодна з опитаних медичних сестер не стояла на обліку в психіатра чи нарколога, ніколи не зверталася за медичною допомогою до психіатра чи медичного психолога. Жодна з опитаних не вказала, що зверталася за духовною розрадою (підтримкою) до соціальних психологів, психоаналітиків, священників, екстрасенсів, знахарів, ворожок та до ведучих різних ток-шоу, які експлуатують тему психічних захворювань та імітують «допомогу» психічно хворим на вітчизняному телебаченні.

Перелік проявів ПТСР, що спостерігалися в опитаних медичних сестер.

1. Головні болі, болі в попереку, болі в шлунку.
2. Раптове спитіння.
3. Серцебиття.
3. Закрепи.
4. Діарея.
6. Підвищення вразливості до простудних захворювань.
7. Більш часте вживання алкоголю.
8. Переїдання.
9. Лякливість: людину легко злякати шумом чи неочікуваним доторком.
10. Страх та/або тривога.
11. Надмірна пильність або надмірна настороженість.
12. Дратівливість, занепокоєння, вибухи злості чи гніву.
13. Емоційна лабільність, перепади плачу і сміху.
14. Хвилювання.: нав'язливі думки про травму.
15. Порушена сну, безсоння, нічні жахи, кошмарні сни.
16. Флешбеки - відчуття, ніби травма відбувається зараз.
17. Посилення погребі контролювати повсякденні дії.
17. Спроби уникнути будь-чого, що пов'язане з психотравмою.
18. Тенденція до самоізоляції.
19. Почуття відчуженості.
20. Небажання обтяжувати інших проблемами.
21. Складнощі у встановленні довірливих стосунків.
22. Відчуття зради.
23. Труднощі з концентрацією уваги та запам'ятовуванням.
24. Самозвинувачування та/або відчуття вини перед загиблими.
25. Сором.
26. Зниження інтересу до повсякденних справ.
27. Депресія.
28. Думки про самогубство.
29. Втрата відчуття порядку і справедливості у світі.
30. Очікування фатального кінця, страх перед майбутнім, гнів, звернений до влади, релігії чи світоглядної системи.
31. Втрата переконань.
32. Жага помсти.

### **Висновки.**

1. У медичних сестер виявлено значний рівень соціальної фрустрованості, у тому числі за категоріями, які свідчать про редукцію професійної мотивації.

2. Незважаючи на наявність чинників ризику і проявів ПТСР, медичні сестри не звертаються за допомогою ні до медичних фахівців (психіатрів і медичних психологів), ні до інших соціальних інституцій та осіб, що перебрали на себе функцію надання психологічної допомоги при психотравмах.

3.

### **Список використаних джерел**

1. Біостатистика / В.Ф. Москаленко, О. П. Гульчій, М. В. Голубчиков, Б. О. Ледошук. В. М. Лехан. В. Л. Огнев, Л. О. Литвинова, О. П. Максименко. О. Б. Тонковид. К.: Книга плюс, 2009. -184 с.

2. Райгородский Д.Я. Психология психотерапия семейных конфликтов. – Самара: БАХРАХ-М, 2006-456 с.